

精神科医療と発達障害

齊藤万比古

国立精神・神経センター精神保健研究所児童・思春期精神保健部長

Key Words

発達障害、発達障害者支援法、行為障害、成人精神科医療

はじめに

わが国の児童思春期精神医療の世界では近年、発達障害に分類される諸疾患の受診者が爆発的に増加する現状を迎えている。図1に国立精神・神経センター国府台病院児童精神科の1994年から2003年まで10年間の新患統計を示した。その間に初診で受診した子どもの人数は3倍近く増加しているが、その内訳を見ると、ほとんど増加していない「精神病群」と、漸増を示したにすぎない「行動・情緒障害群」に対して、約10倍という目を見張る増加を示したのが「発達障害群」である。しかも発達障害の全ての疾患がそれだけの増加を示したのではない。古典的な自閉症や中等度以上の精神遅滞といった発達障害の中核群の受診数は以前とさして変わっておらず、この大幅な増加に寄与しているのはもっぱらアスペルガー症候群や多動性障害である。児童思春期精神科医療におけるこのような軽度発達障害の受診者数の増加は、単に医療対象としての量的な水準での重要性が増したばかりではなく、子どもの精神疾患概念とその体系に対して根本的な修正を求めるといった質的に重大な影響を与えている。そして、発達障害への注目が児童思春期精神科領域でこのように激増していくにつれ、成人の精神科医療においても、発達障害を意識した診断・評価と治療を精神科医が求められるようになりつつある。以下では、発達障害者支援法制定の意義、発達障害概念が児童思春期精神科医療にもたらした新しい観点、そして成人精神科医療に発達障害概念が及ぼす影響などについて述べてみたい。なお、軽度発達障害と

従来の発達障害との関係は表1に示した。

発達障害者支援法制定の意義

平成17年4月1日より施行された発達障害者支援法(資料1)は、発達障害を自閉症、アスペルガー症候群などの広汎性発達障害(Pervasive Developmental Disordersの大文字部をつないだ「PDD」という略称がわが国でも一般的である)、学習障害(同じくLearning Disordersから「LD」という略語が用いられている)、多動性障害(DSM-IV-TRでは注意欠陥/多動性障害Attention-Deficit/Hyperactivity Disorderと呼び、その英文名の大文字をつないだ「ADHD」という呼称が世界的に用いられているので、以後はADHDを略称に用いる)など、いわゆる「軽度発達障害」に代表されるような「脳機能の障害」であって、低年齢において発現するものと定義し、それらの障害を持つ人が心理機能の発達を保障され、円滑に社会生活を送れるように、早期から学校教育や就労をめぐる「発達支援」が行われるよう、国および地方自治体が努力することを定めたいわゆる理念法である。その中で、都道府県等は発達障害者支援センターの設置と専門病院ないし専門診療所の確保を義務として負うことが明記されている。この発達障害者支援センターは地方自治体が公的機関を新たに設置するか、福祉法人などの法人を指定することになっており、(1)発達障害の早期発見と早期の発達支援のための相談、(2)専門的な発達支援および就労支援、(3)医療、保健、福祉、教育等の関係機関および民間団体に対する発達障害についての研修、(4)上記関係機関および民間団体との連絡調整などの業務に従事することの4点を業務として定めている。また専門医療機関は発達障害の診断および発達支

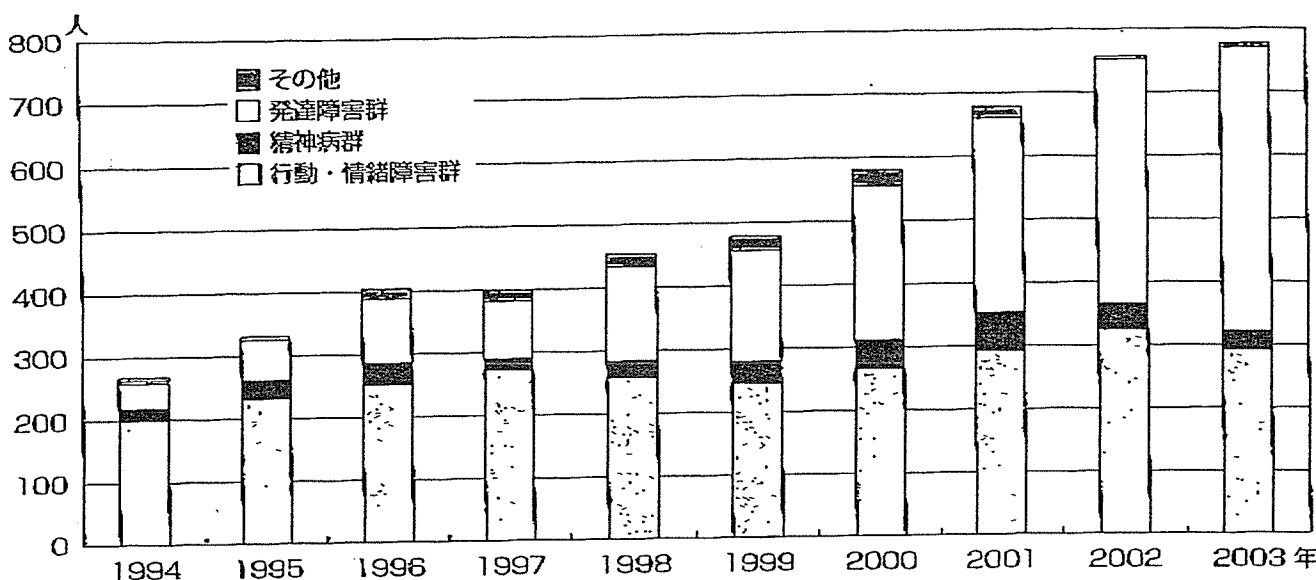


図1 国立精神・神経センター国府台病院児童精神科新患統計 (1994年～2003年)

表1 発達障害に含まれる疾患 (ICD10 より)

□精神遅滞
軽度精神遅滞
中等度精神遅滞
重度精神遅滞
最重度精神遅滞
□会話および言語の特異的発達障害
□学力(学習能力)の特異的発達障害
□運動機能の特異的発達障害
□広汎性発達障害
自閉症
非定型自閉症
アスペルガー症候群
□多動性障害 (DSM-IVでは注意欠陥/多動性障害)

注) 太字で示した疾患名は「軽度発達障害」、イタリック体はそれ以外の発達障害を示している。

援に従事することができる病院ないし診療所であり、国と地方自治体はこれらの医療機関に対して情報伝達と必要な援助を提供することとなっている。この専門医療機関には児童思春期精神科診療機能を持つ病院や診療所が指定されることが多いと思われるが、当然ながら成人発達障害者の診療にあたってきた一般精神科病院や診療所が指定を受ける場合もある。しかし発達障害者支援センターおよび専門医療機関の具体的な業務については、とくに後者の機能については、まだ具体的に提示

されている段階ではない。本支援法が発達障害児者とその家族の抱える困難を改善することに寄与する実効性を持つためには、さらに発達障害児者に特化した支援機関の整備や、各分野の専門機関間の連携ネットワークの構築を進める必要があるとともに、発達障害児者の生活を保証するための経済的支援に関する規定を具体的に定めていく必要があるだろう。

図2は本支援法の成立以降、国、都道府県およびその指導の下におかれる圏域(単独ないし複数の市町村からなる)の地方自治体が発達障害児者の支援体制の構築のために当面何をなすべきかを示した厚生労働省作成の模式図である。真ん中の列が主な所轄機関とその機能を示しており、その列内の左側に縦に福祉関係(厚生労働省)の、そして右側に教育関係(文部科学省)の機関およびその機能がそれぞれ並んでいる。これは発達障害者支援法で規定した国および自治体の福祉面での取り組みを、すでに開始している文科省の特別支援教育のための取り組みと調和させて、都道府県レベルでは「関係機関等連携協議会」を設置して福祉と教育の関係機関および専門家による取り組みの調整にあたらせ、圏域レベルでは両領域の実務家が集まった「発達障害支援チーム」の設置を

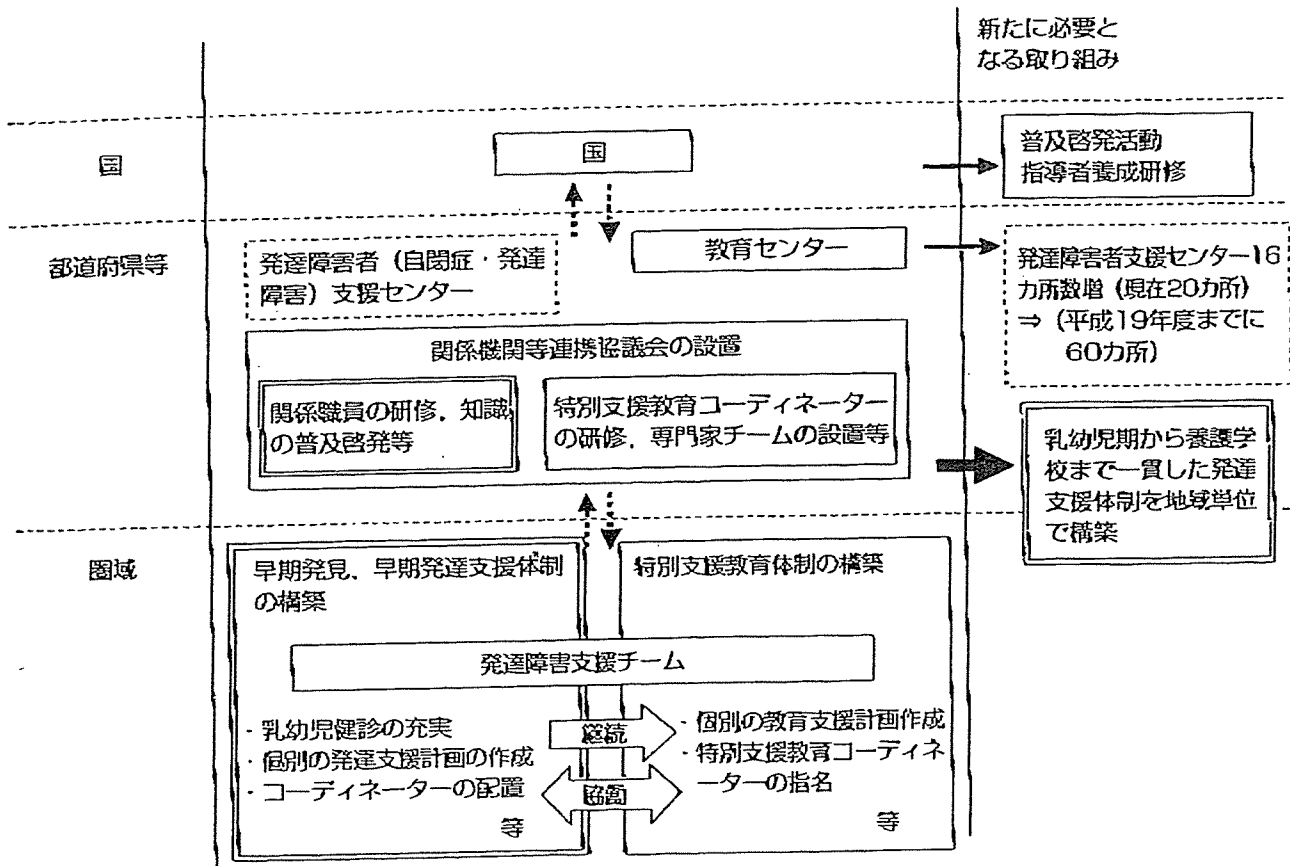


図2 発達障害者を支援する体制
(厚生労働省ホームページより引用)

推奨している。これによって「乳幼児から養護学校まで一貫した発達支援体制が地域単位で構築」できると模式図は謳っている。なお、国の義務として示されている「指導者養成研修」は、2005年度から国立精神・神経センターにて医師対象の3日間にわたる研修として取り組みが始まっている。しかしこの模式図は、発達障害者支援法で謳っている専門的医療機関に関しては何も触れておらず、この3つのレベルのそれぞれにどのように関与し、どのような機能を果たすのかはこれから明確にしていくべき課題であるらしい。

ともあれこれまで福祉や教育の分野で、しばしば知的障害者と精神障害者のどちらにも適切に定義されないまま、いわば谷間の障害として放置されがちであった発達障害を社会的なハンディキャップとして公認した意義はきわめて大きい。児童思春期精神科医および一般精神科医は本支援法の

精神をよく理解し、発達障害児者の発達支援を医療面から支えていく任務を積極的に担う必要があるだろう。

発達障害概念が児童思春期精神科医療にもたらした量的・質的インパクト

小児科や児童思春期精神科領域を中心とする医療の分野ではこれらの障害は以前からそれなりに注目されていたが、発達障害児者の発達支援に関する社会の理解がなかなか得られず、また有効な社会資源もきわめて乏しい中で、これまで相談や治療に関与するしかない状況に置かれていた。したがって発達障害者支援法の制定は、これまで発達障害児者に対する支援を医療側から担ってきた小児科医や精神科医にとってはわが意を得たりというところがある。しかしそれは同時に、発達障害を専門とする小児科医や精神科医が本支援法を

理念法から実行性のある法律へと高めていくために、これまで以上に当該医療における発達障害概念の明確化や有効な治療および支援の技法とシステムを開発していく任務を負わされたことを意味する。図1で示したように、児童思春期精神科領域における近年の発達障害受診者の増加は目を見張るものがあるが、その大半がアスペルガー症候群と非定型自閉症に代表される軽症PDDでありADHDであることから、これらを中心とするいわゆる「軽度発達障害」こそ、児童思春期精神科医療における発達障害診療の主要な対象であると言っても過言ではない。

以上のように児童思春期精神科領域では、今後ますます発達障害診療の占める位置が増大していくことになることと推測されるが、この量的インパクトとは別に、これら発達障害概念が児童思春期精神医学および児童思春期精神科医療に及ぼした質的インパクトについて考えてみたい。ここでいう質的インパクトの中心は、児童思春期における精神疾患の発現過程および病態に発達障害が深くかつ広範に関与していることを児童思春期精神科医が認知したことである。以前は子どもの精神疾患に関しても、成人の精神疾患分類に準じて神経症性疾患、境界例ないし人格障害、精神病性障害(かつて内因性精神病と呼ばれたもの)の3領域あるいは3水準の疾患を中心に、器質性精神疾患と発達障害(主として精神遅滞と自閉症)を加えて平面的に配置された疾患分類の体系がイメージされていた。米国のDSM-III(1980)が採用した多軸診断という発想はわが国では当初あまり重視されず、DSM-III以降も第1軸診断と第2軸診断に登場する疾患概念が同一平面に併せ置かれたうえで、その中のいずれかを診断名として用いるということが一般的な利用のされ方であった。DSMの診断体系が徐々に理解されるにつれて成人の診断において人格障害は第1軸診断概念を規定する背景要因として重層的に評価するという考え方がわが国の精神医学界でも一般的になっていった。しかし、第2軸疾患概念のうち、一貫して第2軸に配置されている人格障害を除いて、発達障害を背景要因としてどう位置づけるかについてはDSM-III以降の米国精神医学会(APA)にも

動揺が見られる。DSM-IIIでは特異的発達障害(これに含まれる疾患群は一般にはLD概念に含まれることから以下、「LD」という)だけが第2軸に位置づけられ、精神遅滞もADHDもPDDも第1軸疾患と定義されていたが、DSM-III-Rでは第2軸疾患に精神遅滞、PDD、LDが含まれるという拡張が行われた。ところがなぜかDSM-IVではPDDとLDは第1軸疾患に移動させられ、精神遅滞だけが第2軸診断とされている(正確には境界知能も第2軸診断に含まれる)。一方、ADHDは一貫して第1軸診断に置かれ、反抗挑戦性障害および行為障害とともに一疾患群を形成すると定義されており、発達障害としての位置づけはされていないように見える。なお世界保健機関(WHO)の作成したICD10(1992)の精神疾患分類は、DSM-III-Rの疾患概念をかなり導入しているにもかかわらず多軸診断の体系は採用していない。

子どもの精神疾患の研究が範囲を広げつつ深まっていくにつれ、PDD概念の裾野も徐々に拡大していき、現在では「アスペルガー障害」や「特定不能のPDD(以下、PDDNOSという)」を広く含むようになってきている。さらに、DSM-IVでもICD10でも発達障害に含まれてはいないADHDも、PDDと同様に生来的な脳機能障害を背景に生じてくるものを中核群としていることが明らかになってきたことから、わが国では発達障害に含まれる疾患として認識されるようになってきた。かくして現在のわが国では表1に示した諸疾患が広く発達障害として認められるようになり、発達障害者支援法でもその定義が採用されている。このように発達障害概念が広がってくると、不安障害、気分障害、統合失調症などさまざまな第1軸疾患や第2軸疾患たる人格障害の背景にPDD、ADHD、LDなどの発達障害が併存しており、たとえばADHDと反抗挑戦性障害、チック障害、強迫性障害を含む不安障害、気分障害などの第1軸疾患、あるいはある種の人格障害などとの親和性が指摘されたり、PDDと気分障害や強迫性障害、あるいは統合失調型人格障害や統合失調質人格障害(スキゾイド人格障害)との親和性が指摘されるようになってきた。しかも、それは単に二

つの疾患が併存しているという分類学的な意義だけでなく、各発達障害の認知特性や行動特性を考慮に入れることで効果的な治療法や治療体系が開発されるようになったという意義も持っている。

現在筆者は、DSMが提起した多軸診断という一人の子どもの精神疾患を多重的に評価する診断システムを支持する立場から、DSM-IVの第2軸は人格障害および極端な人格特性の評価軸として限定し、新たに第3軸として精神遅滞、境界知能、PDD、ADHD、LDからなる発達障害診断のための軸を設定するのが適切ではないかと考えている。したがって、DSM-IVの現在の第3、4、5軸は第4軸、第5軸、第6軸として採用した6軸診断となるわけである。もちろんこれはあくまで筆者の個人的な意見にすぎず、APAがどのように考えているかは知るべくもないが、現在のわが国の児童思春期精神科医療においては、すでに多くの医師たちがこのような発想に近い姿勢で診断・評価に取り組んでいる。

発達障害概念が児童思春期精神医学に与えた質的インパクトとして忘れてならないことは、これまで児童思春期精神医学の対象としてあまり考慮されてこなかった非行や少年犯罪という問題を、精神医学の枠内に引き寄せてきたことである。近年、19歳以下の少年の犯罪に発達障害児が関与しているケースがあると指摘される機会が多くなってきたが、そのような潮流に弾みを与えたのは、DSM-III以降の「行為障害」概念の普及である。DSM-IIIを発表してからAPAによるDSMは、それまで非行という非精神医学的概念の文脈で理解されていた反社会的行動のうち、複数の領域に及ぶ反復的常習的非行や犯罪行為を精神疾患の概念に取り込んだのである。そして、そういう観点ないし文脈から見ると、常習的粗暴犯などの中にADHDの主症状の1つである衝動性の悪循環的發展形（すなわち環境要因の関与した二次性障害）と理解できる行為障害者が少なからず存在していることが明らかとなってきた。また、アスペルガー症候群やPDDNOSが背景にあったとされる唐突な犯罪行為や常習的でワンパターンな犯罪行為も現実に少なからず発生している。このようにこれまで若者のあるいは子どもの不可解な犯罪

とされていた問題に、理解のための新たな観点を与えた発達障害概念のインパクトは社会的にはかなり大きいと言える。しかし一方では、このような観点が新鮮かつ衝撃的であったがために、不可解な犯罪を犯した子どもを全て発達障害という色眼鏡で見てしまう危険も、現在非常に高まっているという点を精神科医は忘れてはならないだろう。

成人精神科医療に及ぼす影響

児童思春期精神医療の領域でかくも多くの注目を集めるようになった「発達障害」概念は、現在ようやく成人精神医学の領域でも注目を集めるようになってきた。多くの精神医学分野の学会がこの数年の総会や学術集会において、シンポジウムや教育講演のテーマとして発達障害関連の課題を採用している現実がそのことを語っているだろう。このように成人精神医学やその医療において発達障害が注目されるようになった背景には以下のような事情があるのではないだろうか。すなわち精神科医の一部は、人格障害や統合失調症など従来の疾患概念に従って診断と治療を行っている中で、当該疾患の純粋な概念とは微妙にニュアンスを異にする一群が存在していること、そうしたグループに属すると思われたケースほど定型的な治療に抵抗性が高く、難治性ないし遷延性の経過をたどりやすいことに以前から気づいていた。一方で前章まで述べてきたように、近年、児童思春期精神科医療の側から発達障害という疾患概念についての発信が続き、その中には発達障害児が成人に達した際の状態像に関する実証的な長期経過研究の成果も含まれていた。これら2つの潮流がこの数年間ようやく出合い、ぶつかり合いを重ねながら合流し始めたという表現が現在の発達障害と成人精神科医療との関係を表すのに適切ではなからうか。

現在、成人精神医学と児童思春期精神医学の両者が取り組んでいるこの分野の課題の1つは、それと認知されてこなかったPDD者がその社会性の遅れやコミュニケーション機能の障害などのために、社会的な孤立や不適応を生じ、ついには幻覚妄想状態を呈したり、あるいはひきこもり状態に至った場合に、これを統合失調症の陽性症状や

陰性症状とどのように鑑別すべきかという問題である。これについては精神病的な症状を、PDD者が社会的不適応状態の中で発現する生来的なPDD的認知機能の反応性悪循環状態と理解する観点から、統合失調症と明確に区別すべきという方向に沿っていくつかの見解が示されている。今後、PDD概念を導入することによって、難治性ないし対応の困難な患者に対する心理社会的な支持法の糸口が得られ、対応可能となっていく「統合失調症」の治療経験がさらに蓄積されていく必要があるだろう。このような課題は、ADHD者の一部が衝動統制の悪さや不注意性のために、そしてADHD者が孤立させられ他者から迫害された成育史を持ちやすいことともあいまって、非常に激しい衝動性や易怒性が前景に立った不適応状態を呈して精神科医療の対象となる場合にもあてはまる。このようなケースではADHD者はしばしば境界性人格障害と診断され、また被害妄想的な発言をなす場合には衝動性の亢進した統合失調症と診断されて、病院を次々と変えたり、効果の上がらない薬物療法を漫然と続けている場合が少なくない。こうしたケースでADHDという背景要因をきちんと評価することによって治療が急激に進んだケースの報告も学会総会などで発表さ

れるようになってきた。

成人精神病理学の従来の枠組みに発達障害概念を組み込み、発達障害者の示す反応性障害を従来の疾患概念ときちんと区別した診断・治療体系を成立させるだけでなく、発達障害者に成人期の精神疾患概念に含まれる状態像が出現した際の取り扱い指針を明確にすることが、成人精神医学と当該医療の共通な研究および臨床実践の課題として今後ますます注目を集めることになると思われる。

おわりに

筆者は本稿で、発達障害者支援法の施行により、わが国の保健・医療・福祉・教育の各領域に広範な関わりを持つ重要な社会的課題として発達障害が認知されつつあることの意義を述べた。そのうえで、発達障害概念が児童思春期精神医学や成人精神医学とそれらの当該医療に与えてきた、そして現在与えつつある影響とは何かについて検討した。本特集において、以下では発達障害に含まれる各疾患概念について、そしてクリニックや病院など対応機関別の発達障害の医療事情について具体的に解説した諸論文が掲載されている。本稿がそれらの理解をいささかなりとも容易にする導入的な解説となり得ているなら幸いである。

〔資料1〕

発達障害者支援法（平成十七年法律第百六十七号）

目次

- 第一章 総則（第一条—第四条）
- 第二章 児童の発達障害の早期発見及び発達障害者の支援のための施策（第五条—第十三条）
- 第三章 発達障害者支援センター等（第十四条—第十九条）
- 第四章 補則（第二十条—第二十五条）
- 附則

第一章 総則 （目的）

第一条 この法律は、発達障害者の心理機能の適正な発達及び円滑な社会生活の促進のために発達障害の症状の発現後できるだけ早期に発達支援を行うことが特に重要であることにかんがみ、発達障害を早期に発見し、発達支援を行うことに関する国及び地方公共団体の責務を明らかにするとともに、学校教育における発達障害者への支援、発達障害者の就労の支援、発達障害者支援センターの指定等について定めることにより、発達障害者の自立及び社会参加に資するようその生活全般にわたる支援を図り、もってその福祉の増進に寄与することを目的とする。

(定義)

第二条 この法律において「発達障害」とは、自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥多動性障害その他これに類する脳機能の障害であってその症状が通常低年齢において発現するものとして政令で定めるものをいう。

2 この法律において「発達障害者」とは、発達障害を有するために日常生活又は社会生活に制限を受ける者をいい、「発達障害児」とは、発達障害者のうち十八歳未満のものをいう。

3 この法律において「発達支援」とは、発達障害者に対し、その心理機能の適正な発達を支援し、及び円滑な社会生活を促進するため行う発達障害の特性に対応した医療的、福祉的及び教育的援助をいう。

(国及び地方公共団体の責務)

第三条 国及び地方公共団体は、発達障害者の心理機能の適正な発達及び円滑な社会生活の促進のために発達障害の症状の発現後できるだけ早期に発達支援を行うことが特に重要であることにかんがみ、発達障害の早期発見のため必要な措置を講じるものとする。

2 国及び地方公共団体は、発達障害児に対し、発達障害の症状の発現後できるだけ早期に、その者の状況に応じて適切に、就学前の発達支援、学校における発達支援その他の発達支援が行われるとともに、発達障害者に対する就労、地域における生活等に関する支援及び発達障害者の家族に対する支援が行われるよう、必要な措置を講じるものとする。

3 発達障害者の支援等の施策が講じられるに当たっては、発達障害者及び発達障害児の保護者（親権を行う者、未成年後見人その他の者で、児童を現に監護するものをいう。以下同じ。）の意思ができる限り尊重されなければならないものとする。

4 国及び地方公共団体は、発達障害者の支援等の施策を講じるに当たっては、医療、保健、福祉、教育及び労働に関する業務を担当する部局の相互の緊密な連携を確保するとともに、犯罪等により発達障害者が被害を受けること等を防止するため、これらの部局と消費生活に関する業務を担当する部局その他の関係機関との必要な協力体制の整備を行うものとする。

(国民の責務)

第四条 国民は、発達障害者の福祉について理解を深めるとともに、社会連帯の理念に基づき、発達障害者が社会経済活動に参加しようとする努力に対し、協力するように努めなければならない。

第二章 児童の発達障害の早期発見及び発達障害者の支援のための施策

(児童の発達障害の早期発見等)

第五条 市町村は、母子保健法（昭和四十年法律第百四十一号）第十二条及び第十三条に規定する健康診査を行うに当たり、発達障害の早期発見に十分留意しなければならない。

2 市町村の教育委員会は、学校保健法（昭和三十二年法律第五十六号）第四条に規定する健康診断を行うに当たり、発達障害の早期発見に十分留意しなければならない。

3 市町村は、児童に発達障害の疑いがある場合には、適切に支援を行うため、当該児童についての継続的な相談を行うよう努めるとともに、必要に応じ、当該児童が早期に医学的又は心理学的判定を受けることができるよう、当該児童の保護者に対し、第十四条第一項の発達障害者支援センター、第十九条の規定により都道府県が確保した医療機関その他の機関（次条第一項において「センター等」という。）を紹介し、又は助言を行うものとする。

4 市町村は、前三項の措置を講じるに当たっては、当該措置の対象となる児童及び保護者の意思を尊重するとともに、必要な配慮をしなければならない。

5 都道府県は、市町村の求めに応じ、児童の発達障害の早期発見に関する技術的事項についての指導、助言その他の市町村に対する必要な技術的援助を行うものとする。

(早期の発達支援)

第六条 市町村は、発達障害児が早期の発達支援を受けることができるよう、発達障害児の保護者に対し、その相談に応じ、センター等を紹介し、又は助言を行い、その他適切な措置を講じるものとする。

2 前条第四項の規定は、前項の措置を講じる場合について準用する。

3 都道府県は、発達障害児の早期の発達支援のために必要な体制の整備を行うとともに、発達障害児に対して行われる発達支援の専門性を確保するため必要な措置を講じるものとする。

(保育)

第七条 市町村は、保育の実施に当たっては、発達障害児の健全な発達が他の児童と共に生活することを通じて図られるよう適切な配慮をするものとする。

(教育)

第八条 国及び地方公共団体は、発達障害児（十八歳以上の発達障害者であって高等学校、中等教育学校、盲学校、聾（ろう）学校及び養護学校に在学する者を含む。）がその障害の状態に応じ、十分な教育を受けられるようにするため、適切な教育的支援、支援体制の整備その他必要な措置を講じるものとする。

2 大学及び高等専門学校は、発達障害者の障害の状態に応じ、適切な教育上の配慮をするものとする。
(放課後児童健全育成事業の利用)

第九条 市町村は、放課後児童健全育成事業について、発達障害児の利用の機会の確保を図るため、適切な配慮をするものとする。

(就労の支援)

第十条 都道府県は、発達障害者の就労を支援するため必要な体制の整備に努めるとともに、公共職業安定所、地域障害者職業センター（障害者の雇用の促進等に関する法律（昭和三十五年法律第二百二十三号）第十九条第一項第三号の地域障害者職業センターをいう。）、障害者就業・生活支援センター（同法第三十三条の指定を受けた者をいう。）、社会福祉協議会、教育委員会その他の関係機関及び民間団体相互の連携を確保しつつ、発達障害者の特性に応じた適切な就労の機会の確保に努めなければならない。

2 都道府県及び市町村は、必要に応じ、発達障害者が就労のための準備を適切に行えるようにするための支援が学校において行われるよう必要な措置を講じるものとする。

(地域での生活支援)

第十一条 市町村は、発達障害者が、その希望に応じて、地域において自立した生活を営むことができるようにするため、発達障害者に対し、社会生活への適応のために必要な訓練を受ける機会の確保、共同生活を営むべき住居その他の地域において生活を営むべき住居の確保その他必要な支援に努めなければならない。

(権利擁護)

第十二条 国及び地方公共団体は、発達障害者が、その発達障害のために差別されること等権利利益を害されることがないようにするため、権利擁護のために必要な支援を行うものとする。

(発達障害者の家族への支援)

第十三条 都道府県及び市町村は、発達障害児の保護者が適切な監護をすることができるようにすること等を通じて発達障害者の福祉の増進に寄与するため、児童相談所等関係機関と連携を図りつつ、発達障害者の家族に対し、相談及び助言その他の支援を適切に行うよう努めなければならない。

第三章 発達障害者支援センター等

(発達障害者支援センター等)

第十四条 都道府県知事は、次に掲げる業務を、社会福祉法人その他の政令で定める法人であって当該業務を適正かつ確実に行うことができると認めて指定した者（以下「発達障害者支援センター」という。）に行わせ、又は自ら行うことができる。

- 一 発達障害の早期発見、早期の発達支援等に資するよう、発達障害者及びその家族に対し、専門的に、その相談に応じ、又は助言を行うこと。
- 二 発達障害者に対し、専門的な発達支援及び就労の支援を行うこと。
- 三 医療、保健、福祉、教育等に関する業務（次号において「医療等の業務」という。）を行う関係機関及び民間団体並びにこれに従事する者に対し発達障害についての情報提供及び研修を行うこと。
- 四 発達障害に関して、医療等の業務を行う関係機関及び民間団体との連絡調整を行うこと。
- 五 前各号に掲げる業務に附帯する業務

2 前項の規定による指定は、当該指定を受けようとする者の申請により行う。

(秘密保持義務)

第十五条 発達障害者支援センターの役員若しくは職員又はこれらの職にあった者は、職務上知ることのできた個人の秘密を漏らしてはならない。

(報告の徴収等)

第十六条 都道府県知事は、発達障害者支援センターの第十四条第一項に規定する業務の適正な運営を確保するため必要があると認めるときは、当該発達障害者支援センターに対し、その業務の状況に関し必要な報告を求め、又はその職員に、当該発達障害者支援センターの事業所若しくは事務所に立ち入り、その業務の状況に関し必要な調査若しくは質問をさせることができる。

2 前項の規定により立入調査又は質問をする職員は、その身分を示す証明書を携帯し、関係者の請求があるときは、これを提示しなければならない。

3 第一項の規定による立入調査及び質問の権限は、犯罪捜査のために認められたものと解釈してはならない。

(改善命令)

第十七条 都道府県知事は、発達障害者支援センターの第十四条第一項に規定する業務の適正な運営を確保するため必要があると認めるときは、当該発達障害者支援センターに対し、その改善のために必要な措置をとるべきことを命ずることができる。

(指定の取消し)

第十八条 都道府県知事は、発達障害者支援センターが第十六条第一項の規定による報告をせず、若しくは虚偽の報告をし、若しくは同項の規定による立入調査を拒み、妨げ、若しくは忌避し、若しくは質問に対して答弁をせず、若しくは虚偽の答弁をした場合において、その業務の状況の把握に著しい支障が生じたとき、又は発達障害者支援センターが前条の規定による命令に違反したときは、その指定を取り消すことができる。

(専門的な医療機関の確保等)

第十九条 都道府県は、専門的に発達障害の診断及び発達支援を行うことができると認める病院又は診療所を確保しなければならない。

2 国及び地方公共団体は、前項の医療機関の相互協力を推進するとともに、同項の医療機関に対し、発達障害者の発達支援等に関する情報の提供その他必要な援助を行うものとする。

第四章 補則

(民間団体への支援)

第二十条 国及び地方公共団体は、発達障害者を支援するために行う民間団体の活動の活性化を図るよう配慮するものとする。

(国民に対する普及及び啓発)

第二十一条 国及び地方公共団体は、発達障害に関する国民の理解を深めるため、必要な広報その他の啓発活動を行うものとする。

(医療又は保健の業務に従事する者に対する知識の普及及び啓発)

第二十二条 国及び地方公共団体は、医療又は保健の業務に従事する者に対し、発達障害の発見のため必要な知識の普及及び啓発に努めなければならない。

(専門的知識を有する人材の確保等)

第二十三条 国及び地方公共団体は、発達障害者に対する支援を適切に行うことができるよう、医療、保健、福祉、教育等に関する業務に従事する職員について、発達障害に関する専門的知識を有する人材を確保するよう努めるとともに、発達障害に対する理解を深め、及び専門性を高めるため研修等必要な措置を講じるものとする。

(調査研究)

第二十四条 国は、発達障害者の実態の把握に努めるとともに、発達障害の原因の究明、発達障害の診断及び治療、発達支援の方法等に関する必要な調査研究を行うものとする。

(大都市等の特例)

第二十五条 この法律中「都道府県が処理することとされている事務で政令で定めるものは、地方自治法（昭和二十二年法律第六十七号）第二百五十二条の十九第一項の指定都市（以下「指定都市」という。）においては、政令で定めるところにより、指定都市が処理するものとする。この場合においては、この法律中「都道府県に関する規定は、指定都市に関する規定として指定都市に適用があるものとする。」

附則

(施行期日)

1 この法律は、平成十七年四月一日から施行する。

(見直し)

2 政府は、この法律の施行後三年を経過した場合において、この法律の施行の状況について検討を加え、その結果に基づいて必要な見直しを行うものとする。

〈教育講演〉

齊藤 万比古*

児童精神科における入院治療**

児童青年精神医学とその近接領域 46(3); 231-240 (2005)

1. はじめに

平成11年厚労省患者調査によれば、精神および行動の障害の患者数はおよそ1,818,000人、うち男性800,000人、女性1,018,000人であったが、その中の20歳未満の患者は64,000人であり、さらにそのうち15歳未満のものは36,000人であった。また、「平成14年精神保健福祉の手引き」によれば、全国精神科医療機関における2001年6月現在の在院患者総数は332,714名であり、そのうち20歳未満の患者数は2359名であった。

現在わが国で15歳までの子どもを中心に入院治療を担っている児童精神科専用病棟を持つ病院の大半は、全国児童青年精神科医療施設協議会（以前より「全児研」と呼ばれてきた）に加盟する正会員施設13カ所とオブザーバー施設9カ所を合わせた22の国公立病院である（2001年当時）。この全児研施設のうち正会員施設13カ所では、2001年1年間の新入院患児数は計1243人であった。その主な疾患は「統合失調症」、強迫性障害などの「神経症性疾患」、広汎性発達障害を中心とする「心理的発達の障害」、多動性障害など多彩な疾患が含まれる「小児期・青年期の行動・情緒の障害」の4疾患群であり、ついで摂食障害を中心とする「生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群」であった。

次に、筆者の臨床の場である国立精神・神経センター国府台病院児童精神科の新患統計（図1）を見ると、7、8年前と比べ新患数の近年

の増加は目を見張るものがある。もちろんこれは児童精神科診療機能を持つ医療機関の一般的な動向と思われるが、この時間的変動の経過を見ていると興味深い傾向が見えてくる。まず各種の神経症性疾患や摂食障害からなる「神経症・人格障害水準の疾患」は図1で示したようにこの10年来ごくわずかな増加しか示していない。同じく統合失調症などの「精神病性疾患」でも毎年の新規受診者数には大きな変化は見られない。この6年間ほどの新患数急増を支えているのは、図1のとおり精神遅滞、広汎性発達障害、注意欠陥/多動性障害（ADHD）などの「発達障害」であり、特に広汎性発達障害とADHDが目覚ましい増加を示している。しかも、この広汎性発達障害のうち実際に急増しているのは典型的な自閉性障害ではなく、アスペルガー障害を含む広汎性発達障害の軽症高機能群であり、ADHDとともに児童精神科受診が急速に増加している疾患が、もっぱらこれら軽度発達障害であることがわかる。また、2003年初診の771名における年齢および性差は図2で示すような結果となった。年齢分布は以前から指摘されているように幼児期と思春期の二つの年代に山がある二峰性の分布がある程度見られるが、2003年では学童期の谷が浅くなり、幼児期との差が少なくなっている。また、12歳までの低年齢群は男子が圧倒的に多いのに対して、13歳以降はむしろ女子の受診数が男子を追い越していくという年齢による性差も注目すべき特長である。このような年代による性分布の逆転が生じる理由は、低年齢では男子の罹患率が圧倒的に多い発達障害が受診の中心になり、思春期では

*国立精神・神経センター精神保健研究所

**2004年11月3日、名古屋国際会議場において開催された第45回日本児童青年精神医学会総会教育講演である。

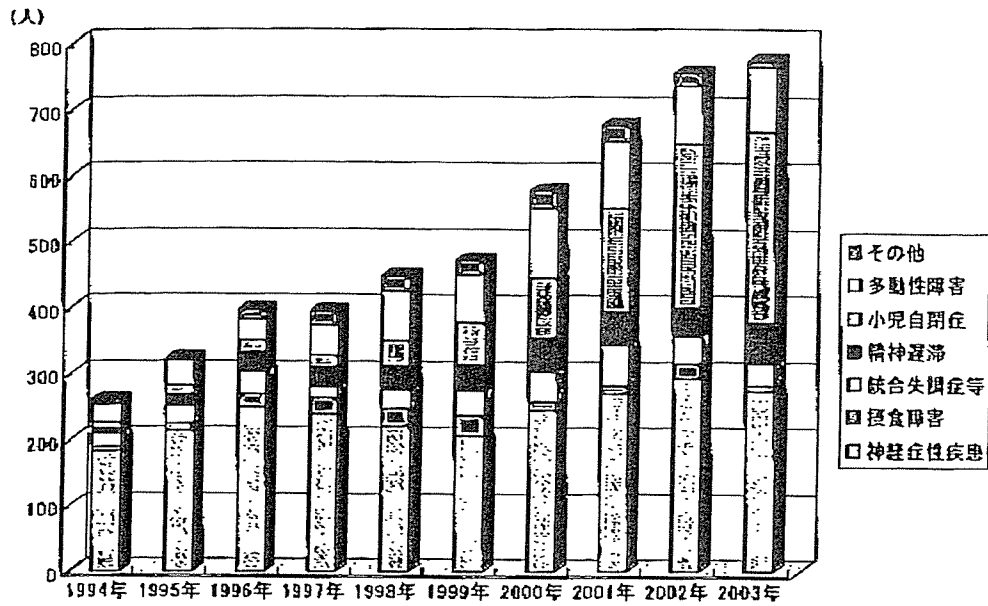


図1 国府台病院児童精神科新患統計 (1994~2003年)

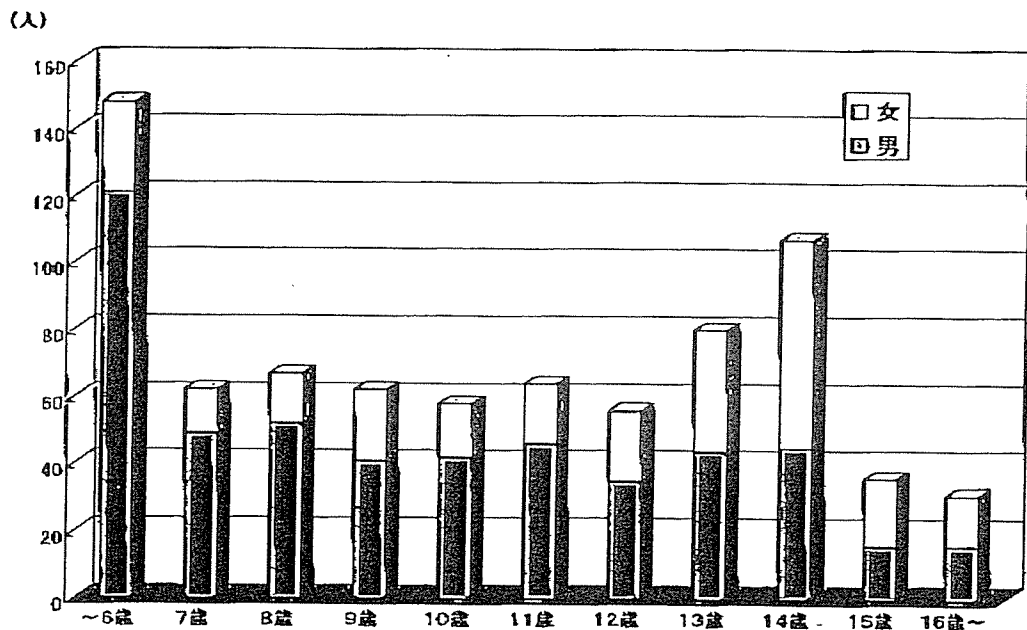


図2 国府台病院児童精神科2003年初診者の年齢と性の分布

発達障害の受診は減り、男女差はない、もしくは女子にやや多いとされる神経症性・人格障害性疾患の受診が中心になるからと思われる。

次に、図3は国府台病院児童精神科の年間新入院統計であるが、外来新患統計と異なり、摂食障害と強迫性障害を中心とする神経症性・人格障害性の疾患群が約半数、残った半数を精神病性疾患と発達障害が二分しているという疾患

比率であった。また、2003年の新入院児61名の年齢分布は、図4で示したように14歳を頂点とする単峰性の分布となっている。また性分布を見ると、女子が38人で全体の62%を占めている。

II. 児童精神科入院治療の適応

筆者は児童精神科の入院治療について、その適応を以下のような4項目にまとめてとらえて

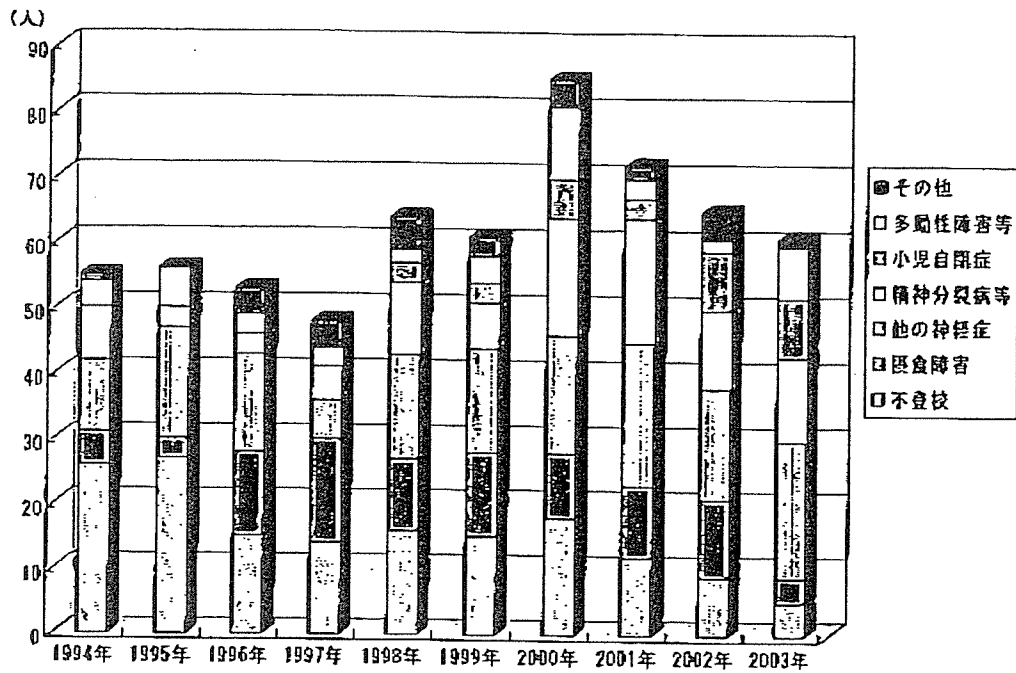


図3 国府台病院児童精神科病棟新入院統計 (1994~2003年)

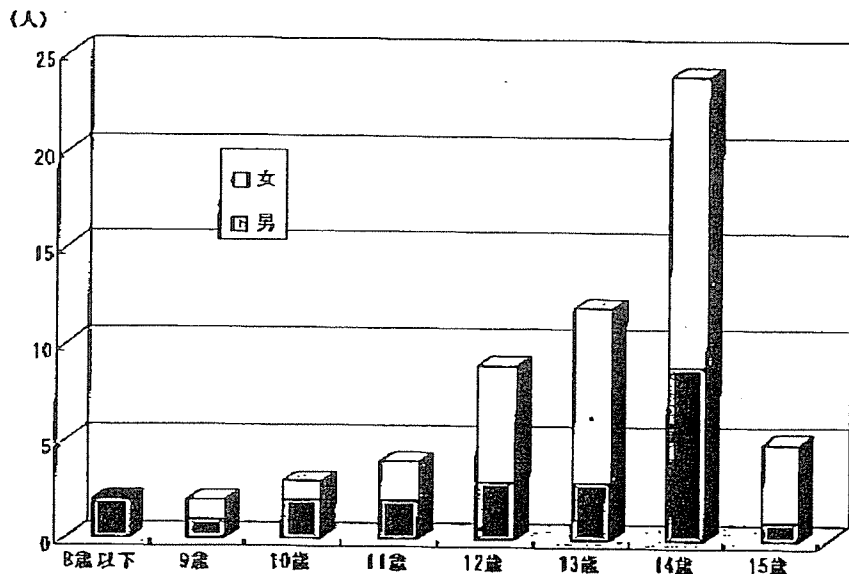


図4 国府台病院児童精神科病棟2003年新入院者の年齢と性の分布

いる。第一の入院適応は、急性症状の深刻化への危機介入が必要な場合である。これは希死念慮や自殺行動の深刻化、その結果として自殺の切迫性が生じている状態、家庭内暴力の暴力性が家族が耐えがたいほど深刻化したり、家庭内暴力による家庭生活の破綻状況が長期にわたって続く場合、強迫症状による制縛状態や家族の巻き込みの深刻化が進んだ場合などである。第

二の入院適応は、非社会的症状の長期化への介入が必要な場合である。これは主として不登校状態やひきこもり状態の遷延化が進んだ場合や、義務教育期間の残り時間がわずかになってくるなどの理由で、今後の治療・支援の困難性が際立って高くなると予測できる場合などである。第三の入院適応は家庭の保護・支持機能に重大な問題がある場合である。身体的虐待、心

理的虐待、性的虐待やネグレクトが行われている家族の中で精神疾患に追い込まれた子どもを入院させる場合がその典型である。これには児童相談所との連携の下で、医療として必要な援助を医療機関が担うことになる。そして第四の入院適応は、外来では診断確定・治療方針決定が難しい場合である。これはやや副次的な水準の適応であり、他の3適応のどれかと重なり合うことで入院の必要性を医師が感じるという場合が多い。

Ⅲ. 入院治療の構造

治療構造は、入院治療に導入された子どもを守り彼らの成長を保障する保護的な場を意味するとともに、同時にそれは治療環境を守る枠組みを意味し、そして治療の推進力そのものでもある。すなわち、治療構造とは入院治療を成立せしめる主要因に他ならない。筆者は入院治療の構造をひとまず以下のような諸要因の集合体としてとらえておきたいと思う。これらはけっして、そのうちの一種類の要因だけで治療を形成し推進するというものではなく、互いに影響を与えあいながら、総体として子どもの抱えた症状形成をはじめとする悪循環を改善させ、子どもを育み、家族との関係性を修正する力となるのではないだろうか。

(1) 病棟の物理的・社会的構造

児童精神科入院治療の治療構造の第一に挙げたのは「病棟の物理的・社会的構造」である。病棟の物理的構造とは建物や設備の特徴のことであり、その第一は「その病棟は精神病床かあるいは一般病床か」という点である。この違いは生活の枠組みや入院仲間の特性など多くの違いを生み、入院治療の内容を決定する重要な要因となる。物理的構造の第二は「その病棟は精神科開放病棟かそれとも閉鎖病棟か」という問題である。入院する子どもの病態の違いや、入院経路の違い、あるいは入院生活の枠組みの広さとその硬軟といったいくつかの点で両者には無視できない相違がある。そして物理的構造の

第三は「児童精神科の専用病棟かそれとも精神科成人部門を含む他の診療科との混合病棟か」という問題である。これは精神科の開放病棟か否かという構造の違いよりも大きな影響を、入院児の病態や疾病構造、あるいは入院生活の内容に及ぼすことになるであろう。

次に病棟の社会的構造であるが、これにはさまざまな切り口があると思われる。そこでここでは基本的な法律との関係と考えておきたい。例えば、児童精神科の入院治療においても、そこが精神病床である以上、精神保健福祉法の規定する治療手続きや枠組みはすべて遵守しなければならない。個室や保護室の施設や身体抑制が患児の保護を目的に行われることは児童精神科医療においてもけっして稀ではないが、こうした患児の人権の一時的な制限はあくまで精神保健福祉法の規定と手順にしたがって行うべきであり、「子どものため」という感情論や道徳論のみでそれに代わりうると考えるのは危険であるといえよう。また、児童福祉法に基づく子どもの保護のための処遇に可能な限り協力する必要があると同時に、児童福祉法に基づく子どもの保護を医療側から児童相談所に求めることもしばしば生じる事態である。もちろん虐待防止法の規定するように、虐待を察知したら医療機関は児童相談所に通告する義務を負っており、児童相談所と共同で被虐待児の保護と治療に取り組むことが求められている。これらの法律によって児童精神科病棟は地域社会とつながり、社会に規定されていると考えることができるのである。

(2) 治療技法

いうまでもなく治療技法とは治療を規定する最も中心的な要因であることに間違いはないが、筆者は児童精神科の入院治療がけっして治療技法だけで成立するものではないことを強調したい。治療技法は子どもを症状改善に向わせしめる機能を持っているが、子どもの心の発達に寄与するには治療技法単独では十分な能力を発揮することはできない。治療技法を含んだす

すべての治療構造が有効に組み合わせられたとき、初めて子どもの心を育む環境とその能力は発揮されることになるのではないだろうか。

筆者の所属する国府台病院児童精神科病棟での入院治療で実際に行われている治療技法は以下のように多岐にわたり、実際にはこれらを複数組み合わせる形で実施されている。

1. 個人精神療法(認知行動療法, 遊戯療法, 力動的な精神療法など)
2. 集団療法(男女別の思春期グループ, 病棟ミーティング, SST など)
3. 身体的治療(薬物療法, 強制的栄養補給など)
4. 家族への介入(親ガイダンス, 病棟家族会, 心理教育, 家族療法など)
5. 環境療法(擬似家族的関係性, 規律ある生活, 隔離・身体抑制など)
6. 治療教育(病院内学級における教育活動, 原籍校との連携など)
7. 社会体験(夏季キャンプなどの病棟行事, 学校行事など)

こうして治療技法を並べていると、筆者は次のような思いが沸きあがるのを禁じ得ない。すなわち、「結局のところ児童精神科医療における入院治療とは、治療者側が持てるもののすべてを投入して、子どもの心の保護、回復、そして発達に寄与しようとする心意気と覚悟に拠るところが大きな、精神医学的医療技術の特異的領域である」と。

(3) 治療スタッフ

治療スタッフは治療構造の中で以下のような機能を持つことで治療の主要因の一つとなる。第一に、多職種の大人が治療環境に参加し、社会的に安全かつ堅固な保護的シェルターを子どもに提供するとともに、子どもの行動の安全性を確保する枠組みの穏やかで柔軟な、しかし断固とした執行者たねばならない。第二に治療スタッフは、各職種の医療活動を通じて、思春期患児の高まった両個性の矢面に立たねばならない。すなわち拒みながら求める、怒りながら

甘える、あるいは依存しながら憎むといった子どもの両面的な心性を、嫌わず、憎まず、たじろがずといったセンスで受けて立つということである。この「受けて立つ」ということは、けっして子どもをねじ伏せることではなく、子どもと共にその状況を生き延びるということの意味している。第三に思春期年代では、健康度の高い子どもにも転移の分裂が生じやすく、治療スタッフを「よい人」と「悪い人」に分裂させてコントロールしようとする。治療スタッフはこれに耐えて、常にチームの統合性を保持しなければならない。そのためには複数の職種スタッフが集まった大小の規模の事例検討を繰り返し行っていく必要がある。第四に、治療スタッフとは子どもの心の発達過程における過渡的・中間的対象として、子どもの日々の活動への良き参加者、彼らの苦悩の柔軟な受容器、そして彼らの成長の感性豊かな伴走者たんとする者でなければならない。そして第五に治療チームは、子どもが大人との関係を通じて取り入れていくことのできる自我機能の素材を提供し続ける存在でなければならない。

(4) 仲間集団

仲間集団は入院治療における重要な推進要因であると共に時に重大な妨害要因ともなりうる大切な治療構造の一つである。仲間集団は、入院したばかりの子どもに、精神疾患発症前後の学校における葛藤を再現させ、入院治療の最初のハードルとなる。やがて、同性仲間集団との再会は、男子に gang への退行を、女子に二人組みへの執着を生じさせ、かつての葛藤と直面させることになる。この gang の集団性を通じた不安の軽減と迫力の獲得を経て、chum 的な親友の獲得、peer 的な議論の喜びへと続く仲間集団の質的成長に援けられて子どもの自我は成熟していく。しかし、自然発生的な仲間集団にはイジメを発生させたり、過剰な大人への反抗、容認しがたい行動化を刺激するという側面を必ず持っているものである。入院治療における仲間集団は、学校に比べ相対的に多数存在する大

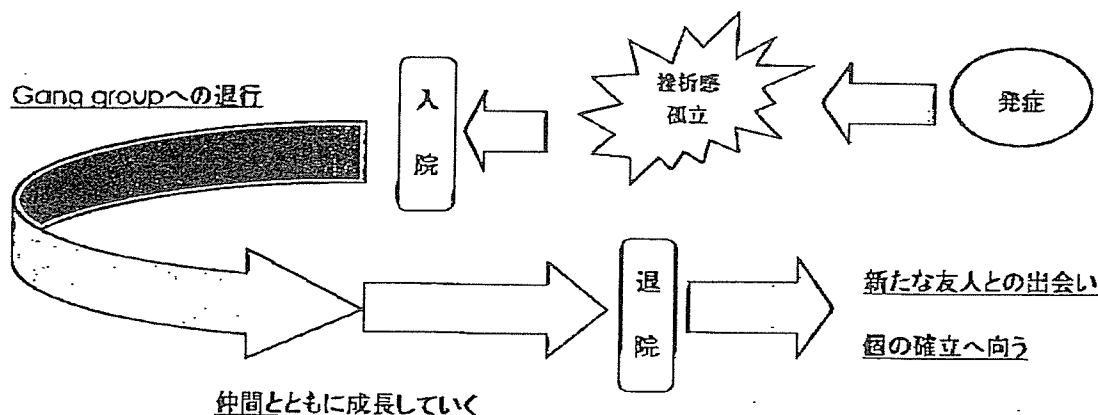


図5 入院治療における仲間体験の展開

人（すなわち治療スタッフ）による介入が必要な局面を通過して、互いの成長を支えあえるような機能を持った集団へと成熟していくことで、そのプロセスが治療的なものとなりうる。入院前の子どもは孤立感を強く持ち仲間関係から遠く離れた位置に存在することになっていた場合が多い。そのような子どもが入院によって仲間集団と出会い、やがて gang group の活動に合流する退行が生じる。入院治療の進行の中で子どもの自我は仲間集団と共に発達し、ついには年齢相応の仲間体験が可能な自我機能を獲得して、本来の世界へと退院していくという経過は入院治療の成果のひとつといえる（図5）。

（5）病棟規則

病棟規則をはじめとするさまざまな取り決めは、入院児の安全と、治療側の恒常性を確保する上で必須である。しかしながら、規則は子どもの行動を統制しようとする機能を持っているため、必然的に子ども、特に思春期年代の子どもに主体性を奪われる恐れを刺激し、反抗の対象となるのである。子どもの、あるいは子ども集団の挑戦と反撥に対して、治療スタッフは受容と制限のバランスとタイミングのよい処方をおこなうことで、枠組みは治療のための力強いアイテムとなる。この「受容と制限のバランスよい処方」は、子ども—スタッフ間の関係性の観点からいえば、「子どもたちに押され押されて押し返す、押され押されて押し返すという反復

作業」を希望を失わずに引き受けることのできる、辛抱強く柔軟なスタッフの感覚によってはじめて実現しうるものであるといえよう。一方、注意欠陥／多動性障害（ADHD）や高機能広汎性発達障害など発達障害の子どもには、以上のような神経症水準の子どもの入院治療における枠組みをめぐる治療スタッフの柔軟な姿勢とは異なる姿勢が必要となる。すなわち規則などの枠組みは何を行うべきか、何を行ってはならないかを明確に示す安全な行動指針という明確な機能を発揮しなければならない。発達障害の子どものためには、規則をはじめとする枠組みはできるだけ具体的な表現でなければならず、病棟内に明確に掲示され、例外は必要最小限にとどめ、変更は前もってわかりやすく予告するという姿勢が必要である。

IV. 入院治療の時間経過

入院治療は、当然ながら、時間軸に沿って展開していくものである。もちろん個々の子どもはすべて異なった展開を示すものであるが、それらをいくつかの典型的な経過に類型化して整理してみることは、治療的介入を調整し、組み立てを変化させるうえで役立つのではないだろうか。ここでは時間経過として「過剰適応型経過」「受動型経過」「衝動型経過」の三経過を示し、それぞれの導入期、作業期、終結期の特徴を簡単に解説しておきたい。

1) 過剰適応型経過

このタイプの『導入期』は過剰適応的な平気さの強調や強がりが目立つ時期であり、それはしばしば大人目からは生意気な印象やプレッシャーに強そうな印象を与えることになる。しかし、そのような生意気そうな印象もしっかり者らしさも、治療スタッフは背景に潜む繊細な傷つきやすさを心得て、そのまま受容しサポートしなければならない。そのような姿勢は、まぎれもなく虚勢を張った砂上の楼閣にすぎず、その背後には間違いなく傷つきやすいデリケートな心性が隠されている。これこそ、その子どもが現実生活で行き詰り挫折した過剰適応的姿勢の再現に他ならない。このタイプの子どもは、『作業期』に入ると仲間とともに活動性が亢進していき、大人への挑戦と反抗が開花する時期をむかえる。これは子ども自身の超自我不安への挑戦に他ならず、治療スタッフはこのような反抗を受け止め、胸を貸し、迫力を増す彼らの要求や挑戦に押しされ押されながら、いずれ押し返すためのタイミングを計りつつ子どもの横を伴走し続ける。子どもが押し返され制限されることに耐えられるタイミングに至ったと感じたら、治療スタッフは制限を実行する。こうした支持されつつ処方される制限との直面こそ、彼らを鍛え、超自我不安に圧倒されない自我機能を育てることが出来ると筆者は考えている。やがて『終結期』を迎えると、子どもは退院後の進路を考え始め、gang 的な騒々しい団結よりも、将来を語りあい別れを惜しむしみりとした仲間やスタッフとの関係（仲間関係としてはchum, および peer の色を濃くし始めた関係性）が優勢になって行く。そして現実との直面の時をむかえ、入院生活への入れ込みは急速に脱充当されることになる。治療スタッフはこのような子どもの作業を暖かい視線で支え続け、静かに別れのときを迎える。

2) 受動型経過

受動型の経過における『導入期』は圧倒されることへの警戒心と、そのような環境の迫力に

圧倒された萎縮した姿勢が目立つ段階であり、この時期には治療スタッフはひたすら子どもを保護し、支え、ささやかなその活動性の表現を評価する姿勢が特徴的な段階である。やがて、いくぶんたりとも親離れが進行していくと『作業期』に入っていくことになる。この段階では受動型の子どもも、その多くが大人の保護下を出ようとする挑戦を、合流した仲間集団の勢いに後押しされながら、たとえささやかにでも見せてくれる段階である。そして、『終結期』に入り現実と直面することになった受動的な子どもは、再び無力感が高まる経験をするようになるが、かつて情緒的に追い詰められていった経過とは異なり、今度は親や治療スタッフ、そして仲間集団に支えられながら希望を持って通過していくことができる。

3) 衝動型経過

衝動型の子どもの『導入期』は、しばしばその馴れ馴れしさ、あるいは境界の感覚の乏しい他者への接近が目立つことが特徴といえよう。またこの型の子どもには、入院後まもなくから攻撃行動や自傷行為などの行動化が出現することも珍しくない。これは、過剰適応型における強気な姿勢の後ろの傷つきやすさ、あるいは受動型の萎縮した心とは明らかに異なり、体質レベルの衝動性や、早期の養育環境の問題から発生する愛着障害、あるいは強い空虚感と見捨てられ抑うつなど二次的に発展してきた心性に由来するものである。これに対して治療スタッフは、早期から暖かくもゆるぎない姿勢で行動化をとどめ、子どもの行動を統制することに努めることを通じて、それ以上自己の心身を傷つけることから保護する必要がある。治療スタッフが早期から「保護と制限」の処方に特に心を砕かねばならないというのが、この型の導入期の際立った特徴である。『作業期』に入った子どもは行動化をさらに頻発するようになるのが普通である。治療スタッフは、子どもからの「分裂」という防衛機制に基づく対象コントロールや、それに反応した自らの逆転移的な感情（子ども

への嫌悪感や怒り、そして子どもへの同一化やその理想化)に混乱することなく、行動化への言語的あるいは物理的制限と、望ましい行動や反応への支持と賞賛を一貫して提供し続ける必要がある。こうした治療スタッフの姿勢はやがて子どもの心に取り入れられ内在化していくことが期待できる。そして、やがて入院治療の「終結期」がやってくるが、その段階では衝動型の子どももすでにその衝動性を以前よりは統制できるようになっている。少なくとも直接的な対象攻撃や自己破壊行動で表現せずにするようになってはいるはずである。しかし、別れと新たな生活が近づき現実と直面し始めると、衝動型の子どもは不安と当惑を持って自らの「衝動性」と直面する局面を迎える。治療スタッフは以前よりずっと衝動コントロールが上手になったことを支持的に伝えたり、適切な適応的行動に対しては借しむことなく賞賛したりするとともに、それでも生じてくる衝動的な言動(以前のような直接的暴力ではなくなっている)に対しては言語によって制限しながら、子どもがほどほどに良好な自己像を形成する手助けをする必要がある

V. 入院治療モデル

前章で示した入院治療の時間経過が治療を貫く縦軸であるとするれば、横軸にあたるものが本章で述べる入院治療モデルである。入院治療モデルは基本的には各疾患による治療の特異性によって規定されるべきであるが、それではあまりに膨大な種類のモデルを作成しなければならなくなり、合理的とはいえない。そこで、ここでは筆者がその臨床経験から典型的経過として選り出した6種類の治療モデル(不安・恐怖モデル、強迫モデル、ヒステリー・モデル、境界例モデル、発達障害モデル、精神病モデル)をあげて解説したい。

1) 不安・恐怖モデル

不安・恐怖モデルの主な適応対象は「全般性不安障害」「分離不安障害」「社会恐怖」などの

不安性障害が主な疾患である。このモデルはもともと不登校の子ども入院治療を通じて筆者がイメージしてきたもので、その意味でこの治療モデルは単に不安・恐怖症状の克服というだけでなく、子どもが「引きこもりから外の世界へ」という課題に恐る恐る直面し始め、やがて実際に社会へと踏み出していくまでのプロセスを支えるサポート技法とすることができる。これは内面的には、不安・恐怖症状に圧倒され家庭に引きこもる子どもの背景にある強大な超自我不安を緩和し、自己同一性と理想に支えられたバランスよい柔軟な自己の確立を支援するプロセスに他ならない。この治療モデルにおいては特に「仲間集団」の意義が大きい。不登校状態にある子どもは、イジメをはじめとするさまざまな原因によって仲間集団の活動に挫折し孤立した子どもであるといえる。したがって、この治療モデルの適応となる子どもは仲間集団を嫌悪し恐れるという面を必ず持っているものである。不登校状態にはない不安障害の子どもにおいても、多くは何らかの仲間集団に対する違和感を、例えば対人緊張、仲間の前で失敗し恥をかきことを恐れる予期不安、過度の内気さ・恥ずかしがり屋といった形で示している。入院生活は、このような子どもが苦手なはずの仲間集団の真只中に飛び込むという側面を持っている。彼らが仲間集団と出会い、それと折り合い、そして仲間とともに幼児期由来の強大な超自我不安を克服し、より自由な内的世界を獲得する作業に取り組み始めること、この作業を支援することこそ不安・恐怖モデルの入院治療にかかわる治療スタッフの主な活動目標であるといえよう。

2) 強迫モデル(摂食障害を含む)

強迫モデルの主な適応対象は「強迫性障害」の重症例や「神経性無食欲症」である。強迫は自己の生々しい性的ないし攻撃的な衝動や願望を隠蔽し、神経性無食欲症は食欲と同一視された依存欲求とそれが与えられないことへの深い怒りを隠蔽し、どちらも反動形成的に正反対の

清潔さや秩序、あるいは活動性と共にあらわれる過度の自己統制を前面に出してくる子どもが多い疾患と理解できる。そしてどちらも、自己の内的衝動への強い否認と退行的で自己愛的な肥大した自己像へのしがみつきが優勢な病態でもある。強迫モデルは、受容的な観察期間の後に、暴走する症状への他者の巻き込みや、あるいは症状そのものの悪化に対する、治療スタッフによるさまざまな形態の「抑制」が重要な治療の転回点となることにその特徴がある。なお、この抑制の形態には約束、個室施設、身体拘束などさまざまな形がある。このような制限を処方するタイミングはケース・バイ・ケースではあるが、例えば入院後も拡大する強迫儀式への他者の巻き込みが子ども-スタッフ関係を煮詰まらせているとき、あるいはあの手この手で頑固に継続する拒食行動がいつこうに収まらないとき、一定の準備的期間の後に、それらの症状的行動に歯止めを加えるといった呼吸で実施することになるだろう。これは病的な自己愛の暴走をとどめ、「まだ君は子どもだから、自分で決めなくてもいいんだよ」「大人に任せておいていいんだよ」と抱えとめることに他ならない。そしてこの抑制によって始まる次の局面は、多かれ少なかれ幼児から思春期までの発達過程の「やりなおし」であり、治療スタッフや親の側からすれば「再養育」という性格を持つ段階になる。このような退行的な作業の中で育てられるべきは、健全な自己愛に支えられた「本当の自分」である。この治療モデルは、強迫性障害や神経性無食欲症の子どもが以上のような仕事をある程度前進させ、仲間集団に本当の関心を示すようになった段階でその特徴的な幕を閉じ、そこから先は不安・恐怖モデルと同じような「自己の確立」へと向うプロセスとなるだろう。

3) ヒステリー・モデル

ヒステリー・モデルの適応対象は「転換性障害」や「解離性障害」の大半である。これらの疾患は依存欲求や怒りといった「(本当の自分

の) 本当の気持ち」を顕在化させる替わりに、身体症状や記憶障害などで表現する病態と理解しておいてもよいだろう。このモデルにおいては、子どもの本当の気持ちを保護・支持するために、表面に現れ周囲を振り回すヒステリー症状に「騙される」ことに傷つかないという治療スタッフの姿勢が最も大切な治療の推進要因である。騙されたことに対する怒りにまかせてその症状の疾病利得や、これらの疾患では必ず見え隠れする詐病性を暴露・攻撃するという治療スタッフの反応は、治療を破壊しこそすれ、治療上何の成果も得られないことを忘れてはならない。子どもの転換症状や解離症状が身体疾患の回復過程に準じて回復していくことを、治療スタッフは「本当の自分の修復過程」であると理解し、かつそれを口にせず、伴走するように焦ることのない支援を継続することが大切である。

4) 境界例モデル

境界例モデルの適応対象は、空虚感や孤立感に耐えられず、攻撃性(すなわち「怒り」と自己破壊性(すなわち「見捨てられ抑うつ」)の間を激しく動揺するといった病態である。この治療モデルは「境界性人格障害(18歳未満でもそれが最も適切な疾患概念なら診断可能)」のみならず、非常に多くの精神疾患に適用しうるものであり、その対象は疾患概念を単位としてとらえるよりは、病態水準の単位でとらえるべきものといえよう。そのような中でも、被虐待児の「愛着障害」はこのモデルの最も深刻な対象といえるだろう。この治療モデルは、依存と怒りが両個性の緩衝帯を通過することなくストレートに表現されること、良いスタッフと悪いスタッフへの対象分裂がさかんに生じること、著しく孤独に耐えられないことなど、患児と治療スタッフ双方にとって直面する課題が山積みの治療モデルであり、治療スタッフは十分な受容・支持と限界設定という矛盾に満ちた治療構造を一貫して保持するという困難なかかわりを続ける必要がある。この治療モデルが成立するため

に必須の要因は、動じすぎることも無関心すぎることもない母性と、しなやかで自己愛的過ぎない父性をもって、しかもチームとしての統合性を失うことなく子どもの治療経過にかかわり続ける治療スタッフの存在である。なお、この治療モデルにしたがった治療を通じた印象としては、10代前半の境界例は大人の境界性人格障害へ必ずしも展開していかないように感じている。

5) 発達障害モデル

発達障害モデルの適応対象は、「注意欠陥/多動性障害 (ADHD)」や「アスペルガー症候群 (AS)」をはじめとする、いわゆる軽症高機能発達障害であり、その主な病態は、各疾患に特有な認知障害に基づく対人関係や社会性の問題と、それに由来する不適応状態の深刻化であるといっていよう。すなわち、環境が求めるものが理解できない、あるいは環境の望むようにふるまえないことへの困惑と混乱、その結果としての自尊心の低下と他者の評価に対する被害的過敏さの亢進などが、問題行動と精神症状の出現およびその深刻化にかかわっているのである。この治療モデルは物理的構造、人間関係、日課および病棟規則などを、ADHD や AS の各疾患に応じた認知しやすいものへと構造化することにその特徴がある。また、メッセージの伝達法にも疾患特有な工夫、例えば ADHD には衝動を統制した望ましい行動の賞賛と望ましくない行動の無視、AS には他者の気持ちの伝達などに視覚刺激を上手に利用するなどが必要である。

6) 精神病モデル

精神病モデルの適応対象は「統合失調症」「双極性障害」「非定型精神病」などによる精神病状態である。急性期の危機介入は青年期以降の対応となら変わるところはない。急性期精神病の子どもにとって、同年代の子どもだけで構成

される児童思春期病棟の生活は刺激が強すぎるという側面があることを、治療スタッフは知っていなければならない。実際に筆者の臨床現場では、急性期精神病の中学生は大人の精神科病棟での入院治療を選択するが多い。しかし亜急性期や慢性期に至り、子どもの家庭復帰や学校復帰のための準備、あるいは学校不適応がすでに生じている場合のリハビリテーションを目的とした入院治療においては、院内学級と連携して支援することができ、同年代の仲間関係にも参加できる児童精神科病棟の利用が望ましくなると筆者は考えている。

VI. おわりに

最後に、筆者が児童精神科における入院治療の際立った特徴と考えているいくつかの点を箇条書きの形で挙げて本論のまとめとしたい。

1. 患児への治療介入は成人に比べ非言語的交流が中心となる。思春期の高まった両個性はしばしば言語的交流を阻む要因である。
2. 親の支持機能を引き出し、親を支えることを常に心がける。
3. 治療スタッフは各職種の医療活動を通じて、思春期患児の高まった両個性の矢面に立ち、彼らの「依存と反撥」に対して、受容と制限を処方しつつ子どもに伴走する。
4. 思春期患児の仲間集団の形成とその活動を支え治療的に利用する。
5. 段階的な学校教育との再会を支持する(院内学級利用など)。
6. 治療スタッフには他職種と連携して患児の問題解決と発達を息長く待てる柔軟さと適度な楽観主義が求められる。

ここまで読み進んでくれた若い読者が、本論で解説した入院治療をめぐる児童精神的発想に、いささかなりとも関心と共感を持ってくれるならば、筆者にとってこれに勝る喜びはない。

思春期：集団と個の桎梏を越えて

齊藤万比古*

抄録：筆者は本論文で、1962年に発表された“On Adolescence”の中でPeter Blosが提示したアドレッセンスの諸段階論のうち、その前半部分にあたるプレアドレッセンスと前期アドレッセンスの子どもの心性に関するBlosの考察の跡をたどってみた。筆者がこの年代の子どもの心性、特にその男女差に関心を強く持ったのは、子どもが親の引力圏から離脱し独立した自己を確立する以前に、Mahler, M. S.が幼児期で発見した分離-個体化過程のアドレッセンス版ともいえるべき新たな個体化過程を経なければならず、その過程を支えるものとして仲間集団への合流や自己愛の高まりがあること、さらにその過程には明確に男女差があることなどのBlosの思考に導かれたからである。現代のわが国の子どものアドレッセンスについての筆者の考察も本文で提示しているが、これは筆者の臨床活動の中で出会った諸現象をBlosの思考とつき合わせながら理解しようとしてきた過程で徐々に形を成してきたものである。Blosのアドレッセンス論は、現代の子どもの心性を理解するうえで、十分に鋭く明るい光を放ち続けている。

Key words：前思春期、思春期前期、仲間集団、Blos、両価性

はじめに

本シンポジウムは「思春期青年期の発達論とその臨床への応用」という非常に壮大なテーマを掲げて企画された。筆者は、思春期青年期すなわちアドレッセンスの前半部分についてBlos, P.の発達論を軸に考察してみたい。

ところで、筆者が「アドレッセンスの前半部分」と呼んだ年代についてであるが、もちろん

これは確立した概念ではないが、筆者は10歳から15歳くらいの5年間ほどの年代をその時期としてとらえておきたいと考えている。なお、ここでは思春期ないし青年期を表すのに「アドレッセンス」という表記を行なっているが、これは英語の“adolescence”の確定した日本語訳がないのが現状であり、以前から「思春期」、「青年期」、「青春期」などがばらばらに用いられてきているものの、そのどれかを用いることで無用の混乱をひき起こすことを避けるために、本文では「アドレッセンス」とそのまま片仮名表記を用いることにした。

Blosは“On Adolescence”¹⁾というアドレッセンス心性に関する教科書的著作でわが国でもよく知られている精神分析的なアドレッセンス

Development to individual through preoccupation with group activity during the preceding part of adolescence

* 国立精神・神経センター精神保健研究所

〒272-8516 千葉県市川市国府台1-7-1

Kazuhiko Saito: National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry